

Jenni Ripatti, Jasmin Trogen

Potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta kirurgisella vuodeosastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystenhoitaja AMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

17.11.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jenni Ripatti, Jasmin Trogen Potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta kirurgisella vuodeosastolla 26 sivua 3 liitettä 17.11.2014
Tutkinto	Terveydenhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitaja suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Liisa Lukkari, THM; Lehtori Liisa Montin, TtT; Lehtori
<p>Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Hus Hyks Operatiivisen tulosyksikön opinnäyteyhteistyötä. Opinnäytetyön aiheena ovat potilaiden kokemukset sairaalaruokailusta kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla kirurgisten potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta vuodeosastolla. Työn tavoitteena on kirurgisten potilaiden sairaalaruokailun kehittäminen.</p> <p>Aineisto kerättiin huhtikuussa 2014 haastattelemalla kymmentä verisuonikirurgisen vuodeosaston potilasta teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Saatu haastattelumateriaali analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia hyödyntäen. Tulokset kuvataan viiden teeman mukaisesti; sairaalaruoan maku ja lämpötila, ruokailuajat, ympäristö, annoksen koko ja ulkonäkö sekä hoitajien rooli ruokailussa.</p> <p>Tuloksista selvisi, että potilaat kokivat sairaalaruoan mauttomaksi ja kaipasivat siihen lisää suolaa. Ruokien lämpötila koettiin hyväksi, vaikka kokemusten mukaan ruoan lämpötila vaihteli sen mukaan, monentenako ruokaa sai. Ruokailuajat koettiin sopiviksi, joskin ruokaa tarjottiin liian usein. Ympäristön viihtyisyys koettiin käytännöllisyyttä huonommaksi. Annosten ulkonäköä kehitettiin, mutta annoskoko koettiin usein liian suureksi. Hoitajien rooli ruokailussa koettiin erinomaisena.</p> <p>Opinnäytetyötä voi hyödyntää sairaalaruokailuiden kehittämiseen.</p>	
Avainsanat	Hus Hyks, sairaalaruokailu, kirurginen potilas, vuodeosasto

Author(s) Title	Jenni Ripatti, Jasmin Trogen Patients experiences of a hospital dining in surgical ward
Number of Pages Date	26 pages + 3 appendices 17 November 2014
Degree	Bachelor of public health nurse
Degree Program	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public health nurse
Instructor(s)	Liisa Lukkari, MNSc, RN; Senior Lecturer Liisa Montin, PhD, RN; Senior Lecturer
<p>This thesis is a part of the Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and Hus and the Helsinki University Central Hospital of operational business unit thesis co-operation. Subject of this thesis is patient's experiences of hospital dining in the surgical ward. Purpose of this study was to describe the surgical patients' experiences of dining in a hospital ward. The objective is to develop surgical patients dining in the hospital.</p> <p>The material was collected in April 2014, interviewing ten patients in vascular ward using theme interview method. Material collected from the interview was analyzed by inductive content analysis. The results are described according to five themes; taste of food and temperature, meal times, the environment, the size and appearance of the meal, and the nurses' role in dining.</p> <p>The interviewees felt overall satisfaction towards hospital food. They felt that the food was warm enough but it lacked salt. The interviewees felt that the time between meals was narrow, especially between lunch and dinner. The environment was seen as practical, but not pleasant. Food portions were considered to be attractive but large. According to interviewees a lot of food was thrown into the garbage. Interviewees felt satisfaction towards the role of nurses during dining.</p> <p>This thesis can be utilized for the development of the hospital dining.</p>	
Keywords	Hus Hyks, hospital dining, surgical patient, ward

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kirurgisen potilaan ravitseminen	2
2.1	Sairaalaruokailu	2
2.2	Ravitsemushoidon merkitys	2
2.3	Vajaaravitseminen ja sen arviointi	3
2.4	Sairaalaruokailun suositukset ja suunnittelu	5
2.5	Sairaalaruokailun toteutus	8
3	Tarkoitus ja tavoite	10
4	Toteutus	10
4.1	Tutkimusmenetelmä	10
4.2	Aineiston analysointi	11
5	Tulokset	14
5.1	Maku ja lämpötila	14
5.2	Ruokailuajat	15
5.3	Ympäristö	16
5.4	Annoskoko ja ulkonäkö	17
5.5	Hoitajien rooli ruokailussa	18
6	Pohdinta	18
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	18
6.2	Tulosten pohdinta	20
6.3	Kehittämisehdotukset	23
	Lähteet	25
	Liitteet	
	1. Haastatteluiden teemat ja apukysymykset	
	2. Potilaan suostumuslomake ja saatekirje	
	3. Tiedonhaku	

1 Johdanto

Potilaan terveys ja hyvinvointi edellyttävät hyvää ravitsemustilaa, jonka vuoksi ravitsemustilan seuranta ja sairaalaruokailun onnistunut toteutus ovat tärkeä osa hoidon onnistumisessa. Hyvän ravitsemushoidon avulla voidaan lisätä terveenä tai ilman lisäsairautta ellettävien vuosien määrää, vähentää lääkityksen ja muun hoidon tarvetta sekä vähentää tai lyhentää sairaala- tai laitoshoidonjaksoja, tukea potilaan toimintakykyä, kykyä selviytyä kotioloissa ja parantaa elämänlaatua. (Haapa – Pölönen 2002: 27). Lisäksi maittava sairaalaruoka antaa mallin terveyttä edistävästä tai sairauden hoitoon sopivasta ruokavaliosta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 46). Sairaa-ruokailulla on siis merkittävä rooli potilaan sairauden kokonaisvaltaisessa hoidossa sekä terveyden edistämisessä.

Euroopan neuvoston vuonna 2002 tekemän julkilausuman mukaan kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen ravitsemushoittoon. Julkilausuman tavoitteena on, että potilas saa tarpeitaan vastaavan määrän energiaa sekä ravintoaineita ja että ruokailu tuottaa potilaalle mielihyvää. Julkilausuma kertoo potilaan oikeudesta yksilölliseen ja joustavaan ruokailuun oman ruokahalunsa mukaan. Lisäksi hänellä on oikeus valita ruokansa ja ruokaseuransa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 16, 46.)

Tärkeä osa potilaan ravitsemushoidossa on vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy, sillä vajaaravitseminen altistaa potilaan infektioille, painehaavoille sekä leikkauksen jälkitauksille. (Hyytinen – Mustajoki – Partanen – Sinisalo-Ojala 2009: 26). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 24) mukaan jopa puolet sairaalanpotilaista on vajaaravituita. Vajaaravitseminen saattaa muuttaa lääkkeiden tehoa vaikuttamalla niiden imeytymiseen ja jakautumiseen elimistössä. Lisäksi vajaaravitseminen heikentää potilaan toipumista, toimintakykyä ja elämänlaatua. Vajaaravitsemuksen on todettu lisäävän sairaalajakson pituutta keskimäärin 40–70%. Vakavasti vajaaravituilla potilailla sairaalajakson pituus voi olla jopa viisinkertainen hyvässä ravitsemustilassa oleviin verrattuna. (Hyytinen ym. 2009: 202.) Potilaiden vajaaravitseminen lisää sairaalahenkilökunnan työmäärää, potilaiden hoitoaikaa, kuolleisuutta ja kustannuksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 24). Vuonna 2008 Helsingissä akuutissairaalassa hoitopäivän hinta oli 325 euroa vuorokaudessa ja erikoissairaanhoidossa 1059 euroa vuorokaudessa. Yhden potilaan hoidon pitkittyminen kahdella viikolla aiheuttaa noin 5000–15000 euron lisä-

kustannukset. (Soini – Muurinen – Penttinen – Sandelin – Suominen – Pitkälä 2010: 1: 31.)

Opinnäytetyö liittyy Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Hus Hyks Operatiivisen tulosyksikön opinnäyteyhteistyöhön. Opinnäytetyön aihe perustuu kirurgisen osaston potilaiden kokemuksiin sairaalaruokailusta. Tietoa kerättiin teemahaastatteluilla osastolta, jolla hoidetaan verisuonikirurgisia potilaita. Opinnäytetyön tehtävänä on kuvailla kirurgisten potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta.

2 Kirurgisen potilaan ravitseminen

2.1 Sairaalaruokailu

Sairaalaruoka on sairaalassa, palvelu- tai hoitokodissa, terveys- tai kuntoutuskeskuksessa potilaalle tarjottavaa ravitsemussuosittelun mukaista ravintoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 72). Sairaalaruokailun lähtökohta on perusruokavalio, josta sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksen. Suosituksen mukaan toteutettu ruokavalio takaa riittävän ravintoaineiden saannin sairaalassa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009: 50.)

Sairaalaruoan tulisi sisältää kolme pääateriaa eli aamuaterian, lounaan ja päivällisen sekä 2-3 välipalaa. Yöllinen paasto ei saisi ylittää 10 -11 tuntia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 55.) Annoksia voidaan mukauttaa potilaan tarpeisiin sopivaksi, esimerkiksi soseuttamalla ruoka tai tekemällä siitä runsasenergisin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 72).

2.2 Ravitsemushoidon merkitys

Ravitsemushoito on kiinteä osa potilaan kokonaishoitoa, sillä se tukee potilaan paranemista ja toimintakykyä. Tuloksellisen ravitsemushoidon tunnusmerkkejä ovat asiakaslähtöisyys, oikea-aikaisuus ja laadukkuus. (Aapro – Kupiainen – Leander 2008: 94.) Potilaan niin kotonaan kuin laitoksessakin nauttima ruoka on käytännön ravitsemushoitoa. (Haapa – Pölönen 2002: 20).

Potilaan nopeamman paranemisen ja vähentyneiden hoitokustannuksien lisäksi onnistunut sairaalaruokailu vaikuttaa ehkäisevästi kansantauteihin, sillä terveyttä edistävä tai sairauden hoitoon sopiva sairaalaruoka antaa potilaalle mallin oikeasta ruokavaliosta. (Haapa – Pölönen 2002: 17). Lisäksi ruoka tyydyttää potilaan ravinnontarpeen ja ateriat ovat usein päivän kohokohtia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 17).

Ravitsemushoidon tavoitteena voi olla potilaan paraneminen ja terveyden tukeminen, vajaa- tai virheravitsemuksen syntymisen ehkäisy, jo heikentyneen ravitsemustilan korjaaminen ja elimistön vastustuskyvyn tukeminen, sairaudesta johtuvien muutosten hoitaminen tai liitännäissairauksien syntymisen estäminen. Ravitsemushoito voi myös helpottaa potilaan pärjäämistä sairautensa kanssa ja tukea potilaan toimintakykyä sekä kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään. (Haapa – Pölönen 2002: 20.)

Ravitsemushoito on tehokkainta, kun se pohjautuu ravitsemus- ja lääketieteelliseen tutkimustietoon ja se toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteeseen sovellettuna. Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa ravitsemushoitoa toteuttavat kaikki terveydenhuollon ammattiryhmät ja ruokapalveluhenkilöstö. Ravitsemushoidon onnistuminen vaatii henkilökunnalta asiantuntijuutta muun muassa ihmisen ravitsemuksesta, ravitsemustilan arvioinnista, sairaudesta ja sen hoidosta sekä ruokavaliion soveltamisesta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin sopivaksi. (Aapro ym. 2008: 94.) Tämän lisäksi hoitajien osastohoidolliseen vastuuseen kuuluu ravitsemustilan ja syömisen seuraaminen, kirjaaminen sekä raportointi. Omahoitaja- tai vastuuhoidajaperiaatteen mukainen yksilöllinen hoitovastuu tuo esiin parhaiten potilaan kokonaistilanteen, sen hahmottamisen ja tulokset ravitsemushoidossa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009: 46.)

2.3 Vajaaravitseminen ja sen arviointi

Yksi tärkeä asiantuntijuuden osa-alue on vajaaravitseminen. Tutkimustulokset kertovat sairaalapotilaiden ravintoaineiden saannin olevan riittämätöntä, 20–30% potilaista voi olla aliravittuja sairaalaan saapuessaan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006: 12). Syynä vajaaravitsemukseen voivat olla esimerkiksi lääkeaineet, jotka saattavat haitata ruoan tai juoman nauttimista aiheuttamalla maku- ja hajuaistimuksen muutoksia niin, että mielihuoatkin alkavat maistua omituiselta (esim. kaptopriili). Lääkeaineet voivat myös aiheuttaa suun kuivumista, mahaärsytystä, pahoinvointia tai ruokahaluttomuutta, jolloin vajaaravitsemuksen riski nousee ja sairaalaruokien rooli terveyden ylläpitäjänä kasvaa. (Hyytinen ym. 2009: 204.) Lisäksi vajaaravitsemuksen riskiä lisää rutiininomai-

nen toiminta, jossa potilaalle ei jää juurikaan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ruokaansa tai ruokailuympäristöönsä. (Soini ym. 2010:1:30).

Vajaaravitsemustilan välttämiseksi on tärkeää tunnistaa vajaaravitsemuksen riskipotilaat jo heti hoidon alussa. Vajaaravitsemus ei välttämättä tarkoita alhaista painoa tai painon tahatonta laskua, vaan se voi merkitä myös keskeisten ravintoaineiden, kuten proteiinin, vähäistä saantia. Sairaus altistaa usein vajaaravitsemukselle. (Hyytinen ym. 2009: 26.) Ravitsemusriskin arvioinnin avulla huomataan ne potilaat, jotka ovat vajaa-ravittuja tai ovat vajaaravitsemusriskissä.

Vajaaravitsemusriskin arvioinnissa voidaan käyttää apuna MUST-testiä (malnutrition universal screening tool), NRS-2002- menetelmää (nutritional risk screening) ja ikään-tyneillä MNA-testiä (mini nutritional assessment). (Aapro ym. 2008: 98.) Kaikissa seulontamenetelmissä tarvitaan potilaan nykypaino, pituus sekä niiden avulla laskettu painoindeksi. Lisäksi tarvitaan tieto tahattomasta laihtumisesta viimeisten 1-6 kuukauden ajalta. NRS-2002 ja MUST- menetelmillä vajaaravitsemuksen seulontaan kuluu aikaa noin 3-10 minuuttia, kun MNA:n seulontaosan ja arvioinnin täyttämiseen kuluu aikaa noin 10 -15 minuuttia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 28.)

Ravitsemusriskin seulontaa laajempi ja perusteellisempi arviointimenetelmä on ravitsemustilan arviointi, joka tehdään ravitsemusriskissä olevalle potilaalle ravitsemushoidon suunnittelemista ja seurannan toteuttamista varten. (Hyytinen ym. 2009: 32). Ravitsemustilaa voidaan arvioida painoindeksin, painonmuutoksen, ravintohaastattelun, antropometristen mittausten ja laboratoriotutkimusten avulla sekä silmämääräisesti.

Ravitsemustilan arvioinnin tulosten pohjalta tehdään ravitsemushoidon suunnitelma. Suunnitelmassa määritellään ravitsemushoidon keinot, eli otetaan huomioon tarvitseeko potilas perus- vai erityisruokavalion ja voiko potilas syödä normaalirakenteista ruokaa. Lisäksi selvitetään ravinnonannon reitti ja kysytään mahdollista muita erityistarpeita ruoan suhteen, jotka voivat johtua esimerkiksi uskonnollista tai eettisistä syistä. (Hyytinen ym. 2009: 36.) Suunnitelmaan kirjataan myös toteutumisen seuranta, toteuttajat ja tavoitteet. Tavoitteet pyritään asettamaan yhdessä potilaan kanssa ja tiedot kirjataan potilastietoihin. (Aapro ym. 2008: 98.)

Yleensä sairaalahoidon tavoitteena on nykypainon ylläpito. Potilaan ollessa ylipainoinen, harkitaan onko sairaalahoidon aika sopiva laihtumiseen tai jos potilas on alipainoinen, tavoitteena on saada hänen painonsa nousemaan tai saavuttaa normaalipaino.

(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 49.) Suositus sairaalaruoan energiatasoksi on 1800 kcal, koska sen on arvioitu sopivan useimmille aikuispotilaille. Laihduttaville potilaille suositeltava energiamäärä on 1000 kcal tai 1400 kcal potilaskohtaisesti. Suomessa ravintoainesuositukset ovat mukailtu pohjoismaisten ravitsemussuositusten mukaan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009: 50- 51.)

Vajaaravitseminen jää huomaamatta suurimmalta osalta potilaista, sillä sairaanhoitajat eivät koe ravitsemuksen olevan tärkeä osa taudin hoitoa, eivätkä siksi tarkista säännöllisesti potilaiden ravitsemustiloja. Usein ruokapalvelun henkilökunnan ja hoitajien välillä on tietokatkos, jolloin hoitajat eivät saa kuulla astiat pois keränneen työntekijän huomiota potilaan heikosta ruokailusta. Hoitajat eivät itse välttämättä huomaa tätä omien työkiireidensä, oman heikon motivaationsa tai ruokailun tärkeyteen liittyvän ymmärryksen puutteen vuoksi. Tämä asia voitaisiin korjata hoitajien ja laitoshoitajien kouluttamisella. (Schenker 2003: 28: 112.)

Potilaat saattavat usein jäädä ilman ateriaa erilaisten tutkimusten tai hoitojen vuoksi, jolloin pidennetyt paastot saattavat vaikuttaa merkittävästi paranemiseen ja ravitsemustilaan. Joskus yöllinen paasto saattaa venyä jopa 14-tuntiseksi ja usein aamupala tarjoillaan kiireessä runsaiden aamutoimien vuoksi. Sairaaloiden ruoka-ajat ovat hyvin joustamattomia sopiakseen hoitajien ja keittiöapulaisten aikatauluihin. Potilaille olisikin edullisempaa, mikäli he pystyisivät itse vaikuttamaan ruoan sisältöön ja tarjoilu-aikaan. Iso-Britanniassa on kokeiltu hyvin tuloksin punaisia tarjottimia, jotka kertovat ruokaa vievälle työntekijälle kyseisen potilaan tarvitsevan erityistä tukea hoitajilta ruokailuun liittyen. (Bradley – Rees 2003: 26: 35.)

2.4 Sairaalaruokailun suositukset ja suunnittelu

Sairaalaruokasuositus perustuu suomalaiseen ravitsemussuositukseen, jolloin suosituksen mukainen sairaalaruoka on vähärasvaista, vähäsuolaista, vähäsokerista ja runsaskuituista. Terveellisen ruokavalion koostamisella tähdätään samanaikaisesti keskeisimpien kansantautien riskien pienentämiseen ja takaamaan samalla elimistölle välttämättömien ravintoaineiden riittävän saannin. Suositusten mukainen ruokavalio sisältää täysjyväviljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä, marjoja sekä perunaa. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä kuuluu syödä ainakin viisi annosta päivässä, yhteensä vähintään 500g. Suositukseen kuuluu myös maitovalmisteita, mieluiten rasvattomia tai vähärasvaisia sekä kalaa, vähärasvaista lihaa ja kananmunia. Myös kasviöljyt ja niitä sisältävät levit-

teet kuuluvat suositeltavaan ruokavalioon. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014: 21.)

Taulukko 1. Energiaravintoaineiden saanti suomalaisilla työikäisillä miehillä ja naisilla vuonna 2012 sekä suositeltava päivittäinen saanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014: 16).

Ravintoaine	Miehet	Naiset	Suositus
Rasvat, % energiasta	37	36	25-40
-tyydyttyneet rasvahapot	16	15	<10
-kertatyydyttymättömät rasvahapot	15	14	10-20
-monityydyttymättömät rasvahapot	7	7	5-10
Proteiinit, % energiasta	18	17	10-20
Hiilihydraatit, % energiasta	43	44	45-60
Sokerit, % energiasta	9	10	<10
Kuitu, g/MJ	2,4	2,9	3
Suola, g	8,9	6,5	<5

Opinnäytetyöhön liittyvät haastattelut tehtiin osastolla, jolla hoidetaan verisuonikirurgisia potilaita. Ruokavaliolla on erityinen yhteys sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa ja ehkäisyssä, jolloin sairaalaruoan merkitys esimerkkinä oikeasta ruokavaliosta on merkittävä. Ravitsemushoidon tavoitteena on vähentää taustalla useimmiten esiintyviä vaaratekijöitä: kohonnutta verenpainetta, dyslipidemiaa, ylipainoa, sokeri- ja insuliiniaineenvaihdunnan häiriöitä sekä metabolista oireyhtymää. (Hyytinen ym. 2009: 33.)

Tärkeimmät sydämen ja verisuonten terveyteen vaikuttavat ravitsemustekijät ovat rasvan määrä ja laatu, energian saanti, kasvisten, kolesterolin, suolan ja kuidun määrä sekä alkoholi. Ruokavaliota toteutetaan vähentämällä kovan rasvan saantia ja lisäämällä pehmeän rasvan saantia, syömällä kalaa 2-3 kertaa viikossa sekä nauttimalla runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Tämän lisäksi tulee välttää tuotteita, joista tulee runsaasti kolesterolia, kuten kananmunankeltuaisia ja rasvaisia maitovalmisteita. Lisäksi on syytä vähentää suolan saantia, rajoittaa alkoholin nauttimista ja lisätä kuitua. (Hyytinen ym. 2009: 40.)

Elintarvikkeiden hankinnassa ja kilpailutuksessa otetaan huomioon elintarvikkeiden rasva-, suola- ja kuitupitoisuus sekä rasvan laatu. Laadukas sairaalaruokailu ei toteudu, jos pelkkä hinta ratkaisee elintarvikkeiden valinnan. Koska vähäsuolaisten tuotteiden valikoima on suppea, leipä- ja leikkelevalikoimaan on usein valittava muitakin tuotteita vaihtelevuuden takaamiseksi. Leipä- ja leikkelevalikoiman vaihtelevuus on erityisen tärkeää pitkäaikaishoidetuille. Elintarvikkeiden terveyttä edistävän vaikutuksen ja vaihtelevuuden lisäksi elintarvikkeiden hankinnassa huomioidaan raaka-aineiden ravitsemuksellinen laatu ja raaka-aineiden sopivuus eri ruokavalioihin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 57.)

Ateriat suunnitellaan niin, että ruokalajien ja raaka-aineiden maku, rakenne ja väri sopivat toisiinsa ja muodostavat houkuttelevan kokonaisuuden. Ruokasuunnittelun lähtökohtana ovat vaihtelevuus ja potilaiden tarpeet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 60.) Erilaisten ruokatottumusten takia olisi suotavaa tarjoilla kaksi erilaista ateriovaihtoehtoa. Ruokalistakierron on hyvä olla riittävän pitkä, akuuttiosastoilla 3-4 viikkoa ja pitkäaikaishoidetuilla 6-7 viikkoa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009: 50.) Kalaruokaa tarjotaan 2-3 kertaa viikossa ja makkaraa enintään kerran viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 68).

Sairaalaruokasuosituksen mukaisesti toimittaessa lounaan ja päivällisen aikana potilaan tulisi saada suosituksen mukaiset ravintoainemäärät. Lihaa tai kalaa 100-120g, kasviksia, marjoja tai hedelmiä vähintään 100g, täysjyväleipää 1 viipale tai täysjyväpuuroa 1dl sekä lasillinen maitoa, piimää, viiliä, jogurttia, rahkaa tai juustoa suurehko viipale. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009: 55.)

Varsinaisten aterioiden lisäksi ylimääräisiä välipaloja tulisi olla saatavilla. Välipaloina tarjoillaan esimerkiksi jogurttia, viiliä, hedelmiä, leipää tai täydennysravintovalmisteita. Potilaiden on helpompi saada riittävästi energiaa ja ravintoaineita, mikäli päivän ateriat jaetaan useisiin pieniin aterioihin ja potilaan on mahdollista saada myös lisävälipaloja vuorokauden ajasta riippumatta. Ilta-ateria tulisi tarjota mahdollisimman myöhään, jotta yöaikainen paasto ei ylittäisi 10-11 tuntia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 66.) Euroopan neuvosto suositteli vuonna 2002, että ruokapalvelut olisivat potilaan saatavilla ympäri vuorokauden, jolloin lisäateriat ja välipalat mahdollistuisivat. (O'Regan 2009:23: 39).

2.5 Sairaalaruokailun toteutus

Potilaan tullessa osastolle hänen kanssaan tehdä tulohaastattelu, jonka perusteella tehdään ravitsemushoitosuunnitelma. Samalla potilaalta kysytään ruokailutoiveet ja keskustellaan sopivasta annoskoosta. (Haglund – Huupponen – Ventola – Hakala-Lahtinen 2009: 182.) Potilaan tekemät ruokatoivomukset on syytä tarkistaa, jotta osastolle saapuva ruoka on potilaan toivomuksien mukainen. (Schenker 2003: 28: 98). Potilaiden toiveet ovat yleensä helposti toteutettavia. Osastojakson aikana ruokailua seurataan ja ruoan tilausta muutetaan tarvittaessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48, 50).

Ateriat toimitetaan osastolle joko valmiiksi lautaselle annosteltuna (keskitetty järjestelmä) tai kuljetusastioissa, joista ruoka annostellaan osastolla annosteluohjeen mukaisesti (hajautettu järjestelmä). Keskitetty järjestelmä vaatii tarkempaa potilaan toivomusten ja energiatarpeen määrittämistä, sillä hajautetussa järjestelmässä joitakin muutoksia voidaan tehdä vielä ruokailun aikana potilaan ruokahalun ja toivomusten mukaisesti. (Aapro ym. 2008: 102.) Keskitetyssä ruoanjakelussa ruoan tarjoaja poistaa kannen ennen ruokatarjottimen viemistä potilaalle, kun taas hajautetussa ruoanjakelussa osaston työntekijän tulee kiinnittää huomiota ruoan kauniiseen annosteluun annoskoon mukaisesti. Myös ruokailuvälineiden on oltava tarkoituksenmukaisia, eikä kertakäyttöastioita tule käyttää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 52.)

Ruoan saapuessa osastolle monet asiat vaikuttavat potilaan päätökseen ruoan valinnasta ja syötävän ruoan määrästä. Mieluisan ruokailuympäristön ja kauniin asettelun lisäksi ruoan aistittavat ominaisuudet eli väri, tuoksu, rakenne, lämpötila ja maku vaikuttavat syömiseen. Myös kylläisyydentunne, nälän- ja janontunne, ruokahalu sekä mieliala ohjaavat ruoan valintaa ja syömisestä määrää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 47.) O'Reganin (2009: 23: 36) mukaan psykologiset tekijät, kuten esimerkiksi yksinäisyyden tunne ja eristyneisyys vaikuttavat syötävän ruoan määrään. Hoitajat voivat helpottaa kyseisiä tuntemuksia esimerkiksi viettämällä aikaa potilaiden kanssa ja auttamalla heitä ruokailujen yhteydessä. Myös potilaan kyky vaikuttaa annoskoon sekä ruokalajien ja ruokailutilan valintaan edistää ruokailua. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 47.) Ollessaan sairaana vieraassa ympäristössä potilaat suosivat heille ennestään tuttua ruokaa. Sen takia potilaille tulisi tarjota tuttua ruokaa, joka ei loukkaa heidän vakaumuksiaan. (O'Regan 2009: 23: 36). Ruokailua voidaan edistää myös toi-

mivalla ruokailumahdollisuuksiin liittyvällä tiedotuksella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 47).

Potilaan tulee saada aina mahdollisuuksien mukaan valita, syökö hän potilashuoneessa vai päiväsalissa. Ruokailutila pidetään siistinä, hyvin tuuletettuna ja rauhallisena. (Haglund ym. 2009: 184.) Hoitajien tulee varmistaa, että osastolla on mieluisan ruokailukokemuksen mahdollistava ilmapiiri ja olosuhteet. (O'Regan 2009: 23: 38). Rauhallisuutta edistetään esimerkiksi sulkemalla televisio ja radio sekä välttämällä hoitotoimenpiteitä ja wc-käyntejä ruokailun aikana.

Vietyään ruoan potilaalle ruoan viejä kertoo mitä on tarjolla, kertoo tarpeen mukaan mausteiden saatavuudesta ja toivottaa hyvää ruokahalua. Potilasta autetaan tarvittaessa käsien puhdistamisessa ennen ruokailua ja avustetaan ruokailussa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 52.) Hoitajien tulisi keskittyä auttamaan potilaita ruoka-aikoina varmistamalla, että potilas ylettyy tarjottimeen ja että hänellä on hyvä ruokailuasento. Ruoan lämpötila ja houkuttelevuus on hyvä tarkistaa. Ruoan yleinen ulkonäkö vaikuttaa erityisesti sairaan, huonosta ruokahalusta kärsivän potilaan ruokailun määrään. Potilaan tyytyväiseen ruokailukokemukseen vaikuttavat myös ruokatarjottimen tuominen kohteliaasti, hoitajan positiivinen asenne ruokaa kohtaan ja erityisruokavalioiden selittäminen potilaalle. Potilaan ravitsemushoito ei ole vain rutiinitehtävä, sillä se tarjoaa mahdollisuuden tarkkailla potilaan fyysistä ja psykologista kehitystä. (O'Regan 2009: 23: 39.) Xian ja McCutcheonin (2006: 15: 1226) mukaan hoitajien tulisi löytää tasapaino tarjotessaan riittävää ruokailuapua ja rohkaistessaan potilaita syömään itsenäisesti. Heidän mukaansa lisähenkilökunnan palkkaaminen ruoka-aikojen helpottamiseksi ei välttämättä ole ratkaisu ongelmiin, sillä suurin ongelma on hoitajien ruokailun merkitykseen liittyvissä vähättelevissä asenteissa sekä puutteellisissa havainnoissa. Hoitajia tulisi rohkaista arvostamaan ravitsemushoitoa osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tämä voidaan tehdä lisäämällä heidän tietoaan ravitsemuksen merkityksestä. (O'Regan 2009: 23: 41). Euroopan neuvoston (2002) mukaan hoitohenkilökunnan koulutus ravitsemukseen liittyvissä asioissa on puutteellista, jonka vuoksi jatkuva ammatillinen koulutus on koko henkilökunnalle tarpeen. (Soini ym. 2010: 1: 30).

Viimeistään ruokailun päätyttyä henkilökunnan tulee tiedustella potilaalta ruoan maistumista. Ruokailuun varataan riittävästi aikaa ilman kiireen tuntua ja tarjotin viedään pois vasta, kun potilas on lopettanut aterioinnin. Vesijohtovesi on paras janojuoma. Mikäli vesi tarjotaan kannusta, vesi tulee vaihtaa vähintään kerran päivässä. Vesiautomaatteja ei suositella hygieniasyistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 52.)

Potilasruokaa koskevan palautteen keruu tulee olla rutiinia. Palaute koskee koko ravitsemushoidon toteutuksessa mukana olevaa ketjua sisältäen ruoan tilauksen, toimituksen, kuljetuksen, ruoan laadun ja maittavuuden. (Haapa – Pölönen 2002: 56.)

Development of a patient satisfactory survey with inpatient clinical nutrition services - tutkimuksen mukaan potilaiden tyytyväisyys sairaalan ruokapalveluun perustuu neljään osa-alueeseen, joita ovat henkilökunnan tapa tarjota ruoka, henkilökunnan ihmissuhdetaidot, lisäravinteet sekä ruoalla saavutetut terveyshyödyt. Henkilökunnan vuorovaikutustaidot nousevat näistä kaikkein tärkeimmäksi tekijäksi. Vuorovaikutustaidoissa potilaat kokevat tiedonantoa tärkeämpänä henkilökunnan tarkkaavaisuuden sekä kyvyn kuunnella. (Ferguson – Capra – Bauer – Banks 2001: 58: 161.)

3 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kuvailla kirurgisten potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta vuodeosastolla.

Työmme tavoitteena on kirurgisten potilaiden sairaalaruokailun kehittäminen.

4 Toteutus

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön pääteemana olivat potilaiden kokemukset sairaalaruokailusta. Haastattelut jaettiin viiteen teemaan; sairaalaruoan maku ja lämpötila, ruokailuajat, ympäristö, annoskoko ja ulkonäkö sekä hoitajien rooli. Teemat nousivat esille käytetystä kirjallisuudesta.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta, sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman laajasti. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2009: 161). Opinnäytetyötä varten saatu materiaali kerättiin yksilöhaastatteluin, teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Teemahaastattelumenetelmä jakaa haastattelun teemoihin, jotka ovat jokaiselle haastateltavalle samat. Kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. Teemahaastattelu ottaa

huomioon tutkittavat henkilöt, vuorovaikutuksen tutkijan ja tutkittavan välillä ja ihmisten tulkinnat asioista. (Hirsjärvi - Hurme 2006: 48.) Teema-alueet ovat niitä alueita, joihin haastattelukysymykset kohdistuvat. Haastattelutilanteessa teemat tarkennetaan kysymyksillä ja ne toimivat muistilistana sekä keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. (Hirsjärvi - Hurme 2006: 47.)

Tutkimuslupa opinnäytettä varten saatiin keväällä 2014, jonka jälkeen suoritettiin potilaiden haastattelut. Haastatteluajat sovittiin etukäteen järjestetyssä tapaamisessa Meilahden sairaalan, verisuonikirurgian osastoon kuuluvan henkilöstön jäsenen kanssa. Haastattelut suoritettiin kahden viikon aikana, neljänä eri päivänä. Haastateltavana oli kymmenen potilasta verisuonikirurgian osastolta, haastattelut jaettiin siten että kumpikin haastattelijaa haastatteli viittä potilasta.

4.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyö analysoitiin hyödyntämällä induktiivista, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia sekä deduktiivista, eli teorialähtöistä analyysia. Induktiivisessa sisällön analyysissä sanat luokitellaan teoreettisen merkityksen mukaisesti, joka perustuu aineistolähtöiseen työskentelyyn. Aiemmat havainnot, tiedot ja teoriat eivät saa ohjata analyysia. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi vain yksi sana ja sen määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Aineisto analysoidaan pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla eli muodostamalla yleinen käsite. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 134–135.) Deduktiivisessa sisällönanalyysissa aluksi tehdään analyysirunko, jonka sisälle muodostetaan luokkia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan. Analyysirunko muodostetaan aikaisemman teoriatiedon pohjalta. (Sarajärvi – Tuomi 2013: 113–115; Kyngäs – Vanhanen 1999: 7.)

Haastattelumateriaali jakautui pääluokkaan, yläluokkiin ja alaluokkiin. Pääluokkana toimivat potilaiden kokemukset sairaalaruokailusta, yläluokkana kirjallisuudesta esiin nousseet haastatteluteemat; sairaalaruokailun maku ja lämpötila, ruokailuajat, ympäristö, annoskoko ja ulkonäkö sekä hoitajien rooli ruokailussa. Alaluokkina toimivat potilaiden pelkistetyt ilmaisut, jotka oli johdettu alkuperäisilmaisuista.

Aineiston redusointi eli pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta poistetaan tutkimukselle epäolennaiset asiat. Aineiston pelkistämistä voi tehdä monin erilaisin tavoin riippuen mitä aineistosta halutaan saada selville. (Sarajärvi – Tuomi 2013: 108–110.)

Opinnäytetyössä aineistoa pelkistäessä säilytettiin vastaukset, jotka vastasivat teemaan.

Aineiston pelkistämisen jälkeen klusteroidaan eli alkuperäisaineisto käydään läpi, muodostaen erilaisia ryhmiä, analysoinnin alaluokkia. (Sarajärvi – Tuomi 2013: 110). Tässä opinnäytetyössä alaluokiksi muodostuivat haastateltavien pelkistetyt ilmaisut.

Aineiston ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoidaan, joka tarkoittaa käsitteellistämistä. Luokituksia yhdistetään ylemmiksi käsitteiksi, kunnes aineiston sisällön näkökulmasta se on mahdotonta ja on saatu viimeinen kaikkia luokkia yhdistävä luokka. (Sarajärvi – Tuomi 2013: 111–112.) Yläluokkana opinnäytteessä toimii teoriasta esiin nousseet teemat, jotka olivat määräytyneet haastattelu teemoiksi jo ennen analysointia. Pääluokkana toimi opinnäytteen aihe; potilaiden kokemukset sairaalaruokailusta.

Seuraavan sivun taulukko esittää analysoinnin kulun vaihe vaiheelta.

Taulukko 2.

Aineiston analysointitaulukko

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
"Mausteitahan siellä ei ole, eikä suolaakaan."	Mausteetonta / suolatonta	Maku ja lämpötila	Potilaiden kokemukset sairaalaruokailusta
"Liian lyhyitä. Ruokaa kannetaan jatkuvasti sisään. Minä en oo ainakaan tottunut syömään näin tiheeseen tahtiin enkä näin monta kertaa päivässä."	Liian tiivis	Ruokailuajat	
"Ihan riittävä on ollut."	Sopiva		
"Ympäristöhän on jos aurinko paistaa niin kaunis kirkas taivas ja siihen sopivat vihreet verhot nii se nyt on sellanen ympäristö kun se on että sitä ei paljon voi muuttaa."	Viihtyisä	Ruokailuympäristö	
Siinä mielessä, et kyl ne on varmaan sairaalassa mietitty et se on tarpeeksi käytännöllistä, kukaan ei nälkään kuole sen takia, epäkäytännöllisyyden takia ei kuolla nälkään."	Tarpeeksi käytännöllinen		
"Aina mä oon ihmetelly kun naiset haluaa että heille tuodaan aamiaista vuoteeseen, nii sehän on hyvin epäkäytännöllistä. Täällä on sitten ihan sama juttu."	Ei käytännöllinen		
"No kyl se mun mielestä on ihan riittävän hyvä, tulee kylläiseksi. Ei liikaa, en mä nälkäseksi oo jääny kaiken oon syöny."	Sopiva koko	Annoskoko ja ulkonäkö	
Nii no siihen täytyy sanoa että annokset on liian kookkaita sen takia että nämä on kaikki vanhoja ihmisiä, eivätkä syö niin paljo."	Liian iso koko		
"On se miellyttävä ihan."	Miellyttävä ulkonäkö		
"No periaatteessa, no se aika ykstoikkoseks. Eikai täällä se näytteillepano oo se a ja o."	Yksitoikkoinen ulkonäkö		
"Ne oli siinä sen ruokailun aikana ja kokonaan kaikki juomiset ja syömiset katto. Mun mielestä ihan hyvin. Eikä siinä oo mitään tarvinnut soitella, ne tulee ite siihen viereen sitte autamaan."	Hoitajien avustaminen ruokailussa	Hoitajien rooli ruokailussa	

5 Tulokset

Haastatteluaineisto koostui kymmenen kirurgisen osaston potilaan haastatteluista. Potilaiden osastolla oloaika vaihteli vajaasta vuorokaudesta kuuteen vuorokauteen. Haastateltavat olivat 48 - 79 vuotiaita. Naisia oli 4 ja miehiä 6. Haastatteluista saatu tieto kuvaa kirurgisten potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta. Pääluokiksi muodostuivat maku ja lämpötila, ruokailuajat, ympäristö, annoskoko ja annoksen ulkonäkö sekä hoitajien rooli ruokailussa.

5.1 Maku ja lämpötila

Haastatteluun osallistuneet potilaat ilmaisivat tyytymättömyyttään sairaalaruokaan ruoan mauttomuuden vuoksi. Monet potilaista kaipasivat ruokaansa lisää suolaa, eivätkä siksi pitäneet ruoasta. Mauttomuuden lisäksi tyytymättömyyden syyksi mainittiin ruoan epämiellyttävä maku sekä laitosmaisuus.

"Mautonta, en ole tykännyt."

Kaikki potilaat eivät olleet tyytymättömiä ruoan makuun, vaikka tyytyväisetkin potilaat kertoivat kaipaavansa ruokaansa lisää suolaa. Tästä huolimatta he kuvailivat ruoan makua hyväksi ja maukkaaksi.

"Hyvä maku, mutta kaipaasi suolaa."

Potilaat kertoivat, etteivät olleet kysyneet hoitajilta mahdollisuutta maustaa itse ruokaansa, eikä lisämausteita tarjottu käytettäväiksi. Tutkimukseen vastanneista osa kertoi mausteiden olevan tärkein asia ruoan maussa. Potilaat arvostivat sitä, että ruoka "maistuu sille mitä se on" ja että ruoassa on "edes suolaa".

Sairaalaruokien lämpötiloihin oltiin tyytyväisiä ja ruoan lämpötilaa keuhuttiin yleisesti sopivaksi tai hyväksi. Ruoan lämpötilaa kuvailtiin myös riittäväksi tai tarpeeksi lämpimäksi. Kukaan potilaista ei kertonut ruoan olevan kylmää.

”Ei ollut kylmää eikä kuumaa, siltä väliltä.”

Osa haastateltavista sanoi, että ruoka voisi olla lämpimämpää. Negatiivisista vastauksista tuli esille ruokien lämpötilojen vaihtelevuus. Potilaat kertoivat ”ruoan matkaavan täällä paljon” ja ruoan lämpötilan riippuvan siitä ”monentenako ruokaa saa”.

”Saisi olla lämpimämpi, mutta ymmärtää että ruoka ehtii kylmentyä kun kärry kiertää käytävillä. Ei ole koskaa ollu kylmää.”

5.2 Ruokailuajat

Ruokailuajat koettiin yleisesti sopiviksi. Valtaosa haastatteluun osallistuneista potilaista kuvaili ruokailukertojen välejä tarpeeksi tiheiksi ja ruoka-aikoja hyviksi. Osa potilaista oli tottunut syömään itsekin samoihin aikoihin kotona ja osalle ruoka-aikoihin, kuten esimerkiksi aamupalaan, tuli muutoksia jotka kuitenkin olivat heille sopivia. Eräät ruokailuaikoihin tyytyväiset potilaat lisäsivät, että ruokailuvälit saisivat olla pidempiäkin.

”Lounasaika oli hyvä, tottunut itsekin syömään siihen aikaan.”

Potilaista löytyi myös ruokailuaikoihin tyytymättömiä. Tyytymättömyyttä selitettiin liian tiheillä ruokailuväleillä. He kuvailivat esimerkiksi lounaan ja päivällisen välin olevan liian lyhyt, ”siinä ei paljoa kerkeä tekemään mitään”. Kotona heidän ei tule syötyä niin usein. Kukaan ei kertonut ruokailujen välisen ajan olevan liian pitkä.

”En oo tottunu syömään niin tiheään tahtiin.”

Vastanneista lähes kaikki arvioivat nesteytyksen riittäväksi. Potilaat kokivat, että nesteitä saadaan aina lisää pyydetessä.

"Kyllä nestettä saa tarpeeksi, jokaiselle kintulle lasia."

5.3 Ympäristö

Kokemukset ympäristön mielekkyydestä sekä käytännöllisyydestä jakoivat mielipiteitä. Osa vastanneista kuvaili ruokailuympäristöä käytännölliseksi. Yleisesti ottaen potilaat eivät osanneet kuvailla, miksi ympäristö oli käytännöllinen. Ainut konkreettinen asia, jonka he pystyivät mainitsemaan, oli säädettävä pöytätas.

Potilaat kertoivat syövänsä mieluummin yhteisessä ruokasalissa, mikäli sellainen olisi ja vointi sallisi sinne siirtymisen. Ruokasalia toivoneet olivat yleensä tyytyväisiä nykyiseen ympäristöön ja osa vastanneista kertoi, ettei ruokailuympäristöllä ole väliä.

"Syö missä tahansa. Toisille ihmisille ruokailuympäristö voi merkitä paljonkin, mutta itse syö missä tahansa. Syömisen ajan kestää huonojakin ympäristöjä."

Ruokailutila koettiin myös epäkäytännölliseksi. Jopa tyytyväisiltä vastaajilta tuli palautetta koneiden ja huonenaapureiden aiheuttamasta melutasosta sekä pienistä ja ahtaista tiloista.

"En ole ymmärtänyt kun naiset haluaa aamiaisen sänkyyn, se on epäkäytännöllistä. Täällä on sama juttu."

Ympäristö koettiin harvoin viihtyisäksi. Viihtyvyyttä kokeneiden potilaiden kokemusten perusteella ruokailuympäristö oli rauhallinen, "ei kuulu mitään melua eikä kukaan häiritse kenenkään syömistä".

Useammin ympäristön viihtyvyys koettiin huonoksi. Vastaajat kokivat ruokailutilan viihtyvyyden olevan jollain tasolla puutteellista ja oloja verrattiin herkästi kotioloihin. Toisaalta puutteista huolimatta moni tyytymättömistä vastaajista lisäsi ruokailuympäristön menettelevän tai kelpaavan sellaisena, kuin se nyt on.

Ruokailuasento jakoi potilaiden mielipiteitä. Potilaat pitivät istumamahdollisuudesta, sekä mahdollisesta avunsaannista hyvään ruokailuasentoon pääsemisessä. Kuten käytännöllisyyden kanssa, myös tämän vastauksen konkretisoinnissa oli haasteita monelle potilaalle. Asentoon tyytymättömät kuvailivat, ettei sängyssä ole mahdollista saada ”kovin mukavaa asentoa”. Pieni osa tyytymättömistä vastaajista istuisi mieluummin tuolilla. Potilaille asennolla ei ollut merkitystä ruokailun onnistumisen suhteen.

”Ei ole niin suurta merkitystä, ei tarvitse ravintolaan lähteä.”

5.4 Annoskoko ja ulkonäkö

Annoskoko koettiin liian suureksi. Liian suuria kokoja perusteltiin iäkkäiden sekä toipilaiden vähäruokaisuudella ja huonolla ruokahalulla. Potilaita harmitti, miten hyvää ruokaa joutuu roskakoriin ja hukkaan, koska osa ruoasta jää valitettavasti syömättä.

”On otettava se mitä annetaan, loppu menee hukkaan.”

Toisaalta potilaat kuvailivat annoskoon olevan sopiva. Ruoan määrää kuvailtiin riittäväksi ja täyttäväksi. Eräs vastanneista lisäsi, ettei ole pakko syödä kaikkea.

”Annoskoko on riittävä ja aina voi pyytää lisää, ite en oo pyytänyt.”

Ruoan ulkonäköön oltiin tyytyväisiä ja ruoan ulkonäköä kehuttiin hyväksi ja miellyttäväksi. Ruoka sai kiitosta hyvästä asettelusta ja ruoan värien sekä osien onnistuneesta yhteensovittamisesta, jolloin ”kokonaisuus on hienon näköinen”. Ulkonäköä kuvailtiin myös menetteleväksi, miinusta annettiin yksitoikkoisuudesta sekä esillepanon vaatimattomuudesta.

”Ruoan ulkonäkö on hyvä, ei mitään pahaa sanottavaa.”

Kokemukset ruoan ulkonäön houkuttelevuudesta vaihtelivat. Lähes kaikkien potilaiden vastauksissa ilmeni ruoan olevan vaihtelevasti houkuttelevaa. Vaihtelevaan houkuttelevuuteen vaikutti esimerkiksi tarjolla oleva ruoka, nälkäisyys ja oma vointi.

"Pari chiliä ja persiljaa ristiin, se kyllä houkuttaisi."

Kysyimme potilailta, millaiseksi he kuvailisivat ideaalin sairaalaruoan. Osa ei osannut vastata kysymykseen lainkaan ja eräs vastaajista sanoi, ettei muuttaisi mitään koska on tyytyväinen saatuaan vaikuttaa omiin ruokiinsa. Vastanneiden mielestä ideaali annos olisi pienempi ja sen saisi valita itse esimerkiksi noutopöydästä. Ruoka olisi monipuolista ja sitä pystyisi maustamaan itse. Yksi vastaajista lisäsi: "sellainen kuin Master Chef- ohjelman viimeisen jakson annos".

5.5 Hoitajien rooli ruokailussa

Kaikki kyselyyn vastanneet potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien rooleihin sekä asenteisiin ruokailun yhteydessä. Hoitajia keuhuttiin kohteliaiksi, hyvän palveluasenteen omaaviksi, ystävällisiksi ja asiantunteviksi. Lisäksi heitä kuvailtiin iloisiksi ja asiallisiksi. Ylipäätään potilaat tunsivat työntekijöiden onnistuneen työssään. Kehuja saivat hoitajien kiireetön ja rauhallinen työrytmi, "kaikilla aikaa syödä rauhassa loppuun." Heidät määriteltiin myös auttavaisiksi ja potilaiden tarpeet huomioon ottaviksi. Potilaat arvostivat sitä, että hoitajaa ei tarvinnut "itse soitella, ne tulee itte". He kokivat henkilökunnan auttavan aina tarvittaessa, kukaan ei ollut nähnyt tai kokenut, ettei olisi saanut tarvitsemaansa apua ruokailun onnistumiseksi. Osa potilaista mainitsi hoitajien keskinäisen huonon ilmapii- rin aiheuttavan mielipahaa, mutta sillä ei ollut suoranaista yhteyttä ruokailun onnistumiseen, kuten ei myöskään hoitohenkilökunnan kiireellä.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupaa, joka saatiin huhtikuussa 2014. Tutkimusluvan saannin jälkeen otettiin yhteys osastolle, jossa haastattelut suoritettiin. Ennen haastatteluja järjestettiin tapaaminen osaston henkilökuntaan kuuluvan henkilön kanssa. Tapaamisessa sovittiin haastatteluajat, potilaiden valinta ja saatekirjeen esittely etukäteen, haastatteluja varten. Tarkoituksena oli, että hoitajat olisivat toimittaneet saatekirjeen potilaille, jotta potilaat olisivat päässeet pohtimaan aihetta ennen haastattelua.

Haastateltavia ei valittu etukäteen, eikä siten saatekirjettä esitelty. Tästä johtuen ennen haastatteluiden alkua haastattelijat kiertelivät potilaiden luona kyselemässä sopiiko haastatella. Tämä sulki haastateltavilta pois etukäteen tehdyn pohdinnan, joka olisi voinut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin.

Ennen haastatteluiden alkua haastateltavalle esitettiin saatekirje, jossa selvitettiin keitä haastattelijat olivat ja miksi haastattelu suoritettiin. Saatekirjeen esittelyn jälkeen annettiin tilaa kysymyksille ja haastattelusta kieltäytymiselle sekä kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu. Haastateltavia tiedotettiin myös heidän yksityisyytensä ja tunnistamattomuuden huomioimisesta tutkimusta tehdessä. Jokaiselta haastateltavalta kerättiin kirjallinen suostumus haastatteluun. Lomakkeet ja saatekirje löytyvät opinnäytetyön liitteinä (Liite 1 & 2.).

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kymmentä potilasta. Otoksen määrä koettiin sopivaksi tutkimusaineistoa varten, sillä vastauksissa oli havaittavissa saturaatiota eli vastausten samankaltaistumista. Haastateltavilla oli omaa kokemuspohjaa aiheeseen heidän ollessaan hoitosuhteessa haastatteluiden aikana.

Tarkoituksena oli suorittaa haastattelut erillisessä tilassa, jossa olisi paikalla vain haastattelijat ja haastateltava. Potilaiden kunnosta ja osaston pienistä tiloista johtuen haastattelut suoritettiin potilashuoneissa, joissa saattoi haastattelun aikana olla paikalla useampi potilas ja hoitohenkilökuntaa. Tämän vaikutus haastatteluissa saatuihin vastauksiin ei ole mitattavissa, mutta se on saattanut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin.

Tutkimusten luotettavuuteen vaikuttaa tutkijoiden määrä, tässä opinnäytetyössä siis haastattelijoiden määrä. Kankkusen, Vehviläisen ja Julkusen (2009: 159) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa muun muassa se, että tutkija toimii usein yksin. Tämä saattaa johtaa sokeutumiseen omaa tutkimustaan kohtaan. Tällaisen sokeutumisen todennäköisyys oli pienempi tässä opinnäytteessä, sillä haastatteli-joita oli kaksi. Kaksi haastattelijaa voi vaikuttaa negatiivisesti tutkimuksen luotettavuuteen, sillä jokaisella henkilöllä on omanlainen tapansa haastatella. Tässä työssä kaksi haastattelijaa saattoi johtaa hieman erilaisiin painotuksiin haastattelutilanteissa ja vastauksiin haastateltavien kesken. Tämä oli molemmille haastatteliijoille ensimmäinen kerta haastattelun suorittajana.

Haastateltavan ja haastattelijan välinen kommunikaatio ei ole täysin luotettavaa tietoa. Haastattelijat saattoi ymmärtää haastateltavan sanoman väärin, mikä vääristää saatuja

tuloksia. Tuloksiin vaikuttivat myös haastateltavien vähäsanaisuus sekä vaatimattomuus olosuhteita kohtaan.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen eettisyyttä lisää uusimman tutkitun tiedon hyödyntäminen tiedonkeruuvaiheessa noudattaen hyviä tutkimuskäytäntöjä. Tutkijoiden välisen yhteisen näkemyksen löytäminen ja haastattelurungon työstäminen ennen haastatteluja nosti tutkimuksen luotettavuuden tasoa. Opinnäytetyön siirrettävyys mahdollistettiin kuvaamalla tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys. Siirrettävyys huomioitiin myös julkistamalla käytetyt haastatteluteemat ja tutkimusmenetelmät.

6.2 Tulosten pohdinta

Haastatellut potilaat kokivat tyytymättömyyttä tarjotun sairaalaruoan makuun, koska he kokivat ruoan olevan mautonta. Yleisin kommentti mauttomuuteen liittyen koski ruoan suolattomuutta. Myös ruokaan tyytyväiset potilaat kaipasivat ruokaansa lisää makua, tarkemmin sanottuna suolaa. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 46) mukaan sairaalaruoan tehtävänä on ehkäistä kansantauteja antamalla mallin terveyttä edistävästä tai sairauden hoitoon sopivasta ruokavaliosta. Sairaalaruokasuositusten mukainen ruoka on vähäsuolaista, eikä runsasta suolan käyttöä suositella erityisesti sydän- ja verisuonipotilaille. Näin ollen vähäsuolaisen ruoan tarkoituksena on edistää verisuonisairauksista kärsivien potilaiden terveyttä. Ruoan vähäsuolaisuutta puoltaa myös ihmisten erilaiset makumieltymykset: toiselle sopivan suolainen voi maistua liian suolaiselta, jolloin ruoka on syömäkeltvotonta. Loppujen lopuksi on kuitenkin helpompaa lisätä suolaa ruokaansa, kuin ottaa sitä pois.

Koska ruoan mauttomuus voi johtaa ruokahalun pienentymiseen ja sitä kautta lisätä vajaaravitsemuksen riskiä, on ruoan oikeanlaisella maustamisella merkittävä rooli sairaalaruokailun onnistumisessa. Maistuvan ruoan ansiosta myös pois heitettävän ruokajätteen määrä vähenee.

Potilaiden kokemukset vaihtelivat myös annoskoon suhteen. Annoskokoa kuvailtiin liian isoksi ja potilaat harmittelivat pois heitettävän ruoan määrää. Kukaan vastanneista ei kertonut annoskoon olevan liian pieni. Valtion ravitsemus-neuvottelukunnan (2010: 49) mukaan vajaaravitsemusta ilmenee sairaaloissa ja hoito-laitoksissa paljon, jolloin on tärkeää taata potilaiden riittävä ravinteiden saanti. Ravinteiden saanti turvataan valmistamalla ruoka sosiaali- ja terveysministeriön antaman suosituksen mukaan. (Ravitse-

musterapeuttien yhdistys 2009: 50). Potilasta ajatellen on turvallisempaa ja miellyttävämpää antaa hänelle paljon ruokaa, kuin liian vähän. Vajaaravitsemuksen riskiä nostavat sairauden tai lääkityksen lisäksi ruoan jakajien rutiininomainen toiminta, jossa potilaalle ei jää juurikaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan ruokaansa. (Soini ym. 2010: 1: 30). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 47) sekä O'Reganin (2009: 23: 38) mukaan potilaan kyky vaikuttaa annoskoon, ruokalajin, ruokailuajan ja ruokailutilan valintaan edistää ruokailua.

Hajautetussa ruoanjakelussa potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa annoskoonsa, sillä ruoka jaetaan lautaselle vasta osastolla. Hajautetun järjestelmän toisena etuna on ruoan tasainen lämpötila. Haastatelluista potilaista monet mainitsivat ruoan olevan vaihtelevasti lämmintä, sillä ruokakärky kiertää pitkin osastoa ja joskus ruoat ovat saattaneet jo viilentyä ennen tarjoilua. Potilaiden mukaan ruoka ei ole koskaan ollut kylmää, mutta toisinaan ruoka olisi voinut olla lämpimämpää. Hajautetun ruoanjakelun etuna on, että ruoka pysyy lämpimänä isoissa astioissa tarjoiluun saakka. Keskitettyä ruoanjakelujärjestelmää sekä tarkkoja ruoka-aikoja perustellaan usein kustannussyillä. (Schenker 2003: 28: 100).

Haastatteluun osallistuneet potilaat kertoivat olevansa tyytyväisiä ruoka-aikoihin. Suurin osa potilaista kertoi sopeutuneensa sairaalan ruokarytmiin hyvin, vaikka he kokivat ruoka-ajat erilaisiksi kuin kotona. Kukaan vastanneista ei kokenut ruoka-aikoja liian pitkiksi, joidenkin mielestä ruokaa tarjottiin liiankin usein. Schenkerin (2003: 28: 99) mukaan sairaaloiden ruokailuajat ovat usein joustamattomia sekä erilaisia potilaiden omiin ruokailuaikoihin verrattuna. Iltapalan ja aamupalan välillä voi olla pitkä aika, kun taas esimerkiksi aamupalan ja lounaan välinen aika on liian lyhyt. Ruokailuaikoja sovitessa päivärytmiin hallinnollista sopivuutta on ajateltu enemmän, kuin potilaiden tarpeita. Sairaalaruoka tulisi tarjoilla siihen aikaan, jolloin suurin osa potilaista on tottunut syömään. (O'Regan 2009: 23: 38).

Ruokailuympäristöön liittyvät kysymykset olivat potilaille hankalia vastata, vaikka ruokailuympäristön viihtyisyyteen oltiin yleisesti tyytymättömiä. Harvat potilaista kuvailivat ruokailuympäristöä viihtyisäksi. Tyytyväisyyttään ilmaisseet potilaat kokivat ympäristön myös rauhalliseksi ja kertoivat, että sairaalan nykyinen ympäristö on hyvä ottaen huomioon olosuhteet ja sen, ettei ympäristöä voi paljoa vaihdella. Tyytymättömyyttä herätti muun muassa ympäristön laitospaisuus ja kodinomaisen tunnelman puuttuminen.

Kysyttäessä potilailta millainen olisi ideaali ympäristö, osa toivoi lisää yksityisyyttä ja osa lisää yhteisiä tiloja. Kenties tähän voisi saada ratkaisun joustavasta ruokailusta, joka voitaisiin toteuttaa potilaan toiveiden mukaisesti yhteisessä ruokasalissa tai omassa yhden tai kahden hengen huoneessaan? Samalla toteutuisi potilaan oikeus valita ruokansa lisäksi myös ruokaseuransa.

Haglundin ym. (2009: 184) mukaan potilaan tulee saada aina mahdollisuuksien mukaan valita, syökö hän potilashuoneessa vai päiväsalissa. Schenker (2003: 28: 100) kirjoittaa ympäristöllä olevan merkitystä sairaalaruokien kulutuksessa. Hänen mukaansa liikkumiskykyisten potilaiden nauttima ruoan määrä todennäköisemmin kasvaisi, mikäli potilas saisi ruokailla viihtyisässä ruokatilassa muiden ihmisten seurassa. Sängyssään syövien potilaiden ruokailu saattaa häiriintyä epämiellyttävien hajujen tai toisten potilaiden käytöksestä tai huonosta kunnosta johtuen. Harvassa sairaalassa on kuitenkin tällä hetkellä tällaista valinnanmahdollisuutta yhteisen ruokailutilan suhteen tai tarpeeksi pieniä potilashuoneita rauhallisuuden takaamiseksi.

Haastatellut potilaat olivat yleisesti tyytyväisempiä annoksen ulkonäköön, kuin sen houkuttelevuuteen. Suurin osa vastaajista kertoi houkuttelevuuden vaihtelevan päivän mukaan. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 24) mukaan miellyttävä ympäristö ja kaunis sekä ruokahalua herättävä annos auttavat herättämään sairastuneen potilaan heikentynyttä ruokahalua. Sairaalaruokien esillepano on yleisesti huonoa, jolloin heikosti esille pantu ruoka vaikuttaa kulutetun ruoan määrään. (Schenker 2003: 28: 99.)

Myös ruokailuasento vaikuttaa syödyn ruoan määrään. Haastatelluista potilaista osa koki ruokailun sängyssä istuen hankalaksi. Schenkerin (2003: 28: 99) mukaan asento-ongelmiin liittyy usein potilaan ulottumattomiin aseteltu tarjotin tai potilaan huono asento, jolloin hänellä on vaikeuksia käsitellä, syödä tai niellä ruokaansa. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 52) mukaan hoitajien tulisi keskittyä auttamaan potilaita ruoka-aikoina varmistamalla, että potilas ylettyy tarjottimeen ja että hänellä on hyvä ruokailuasento.

Haastatteluun osallistuneet potilaat kokivat olevansa tyytyväisiä tarjottavien nesteiden määrään ja laatuun, mutta kaikista tyytyväisimpiä vastaajat olivat ruokia jakavaan henkilökuntaan. Osaston potilaat olivat tyytyväisiä henkilökuntaan kuvaillen heitä ”hyvän asenteen omaaviksi, kohteliaiksi, asiantunteviksi, iloisiksi, ystävällisiksi ja asiallisiksi”. Hoitajien vuorovaikutustaidoilla, varsinkin kuuntelemisella, on selvä positiivinen vaikutus potilaan kokemukseen sairaalaruokailusta. (Ferguson ym. 2001: 58: 161). Osastolla toimittiin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 52) ohjeiden mukaan viemällä

tarjotin pois vasta, kun potilas on lopettanut aterioinnin ja ruokailuun varattiin riittävästi aikaa ilman kiireen tuntua. Potilaat kokivat saavansa ruokailuun liittyvää apua sitä pyytäessään. Ainoastaan henkilökunnan keskinäisen huonon ilmapiirin kerrottiin aiheuttavan mielipahaa. O'Reganin (2009: 23: 38) mukaan hoitajien tulee varmistaa, että osastolla on mieluisan ruokailukokemuksen mahdollistava ilmapiiri ja olosuhteet. Hoitajien tulisi käyttäytyä ammattimaisesti sekä kollegiaalisesti potilasta huomioiden ja olla aliarvioimatta tämän ymmärrystä ympäröivistä asioista.

Schenker (2003: 28: 112) kirjoittaa, että henkilöstön koulutuksella, ravitsemustilan arvioinnilla ja valvonnalla sekä paremmilla tarjoilujärjestelmillä voidaan parantaa potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta. Tästä tuloksena seuraa vähentyneen jätemäärän lisäksi nopeampi paraneminen, lyhyempi sairaalajakso ja kustannustehokkaampi palvelu. Näin ollen hyvällä ravitsemushoidolla voidaan vaikuttaa myönteisesti potilaiden kokonaisvaltaisiin kokemuksiin sairaalajaksoista. (Bradley – Rees 2003: 26: 34).

6.3 Kehittämisehdotukset

1. Pöytämausteiden lisääminen. Potilastyytyväisyyteen pystyy vaikuttamaan tarjoamalla potilaille pöytämausteita ruokailujen aikana, jolloin he pystyvät maustamaan ruokansa oman makunsa mukaan. Mausteita tarjottaessa olisi hyvä muistaa maustevalikoiman monipuolisuus, helppokäyttöisyys ja terveellisyys. Tavallisen ruokasuolan voisi korvata terveellisemmällä vaihtoehdolla, kuten esimerkiksi yrteillä.

2. Ruokailuiden välisen ajan pidentäminen. Ruokailuajoista lounaan ja päivällisen välillä oleva aika koettiin lyhyeksi. Päivällisajan siirtäminen myöhemmäksi lisäisi potilaiden ruokahalua ja roskakoriin menevä jätemäärä pienenis. Tämä tarkoittaisi iltapalan siirtämistä, jolloin yöllinen paasto pysyisi sairaalasuosituksen mittaisena. Toisaalta myöhemmin tarjottava iltapala vaikuttaisi henkilökunnan työaikatauluun. Jotta aikataulu ei sekoittuisi, iltapala voisi osastosta riippuen olla tarjolla pidemmän aikaa, jolloin potilas voisi itse hakea tai pyytää iltapalansa hoitohenkilökunnalta. Mikäli kyseinen järjestely ei mahdollistuisi esimerkiksi potilaiden huonon kunnon tai osaston tilojen puutteissa, olisi ratkaisua haettava työaikoja ja töiden ajoituksia muuttamalla.

3. Keskitetystä ruoanjakelusta siirtyminen hajautettuun järjestelmään. Annoskoon vaikuttaminen suuressa ruoanjakelupiirissä on hankalaa, sillä annokset tulevat usein valmiina tarjottimilla. Potilaiden ruokailukokemusta voitaisiin parantaa siirtymällä

keskitetystä ruoanjakelusta hajautettuun järjestelmään, jolloin ihannetapauksessa potilaat pystyisivät itse vaikuttamaan annoksensa suuruuteen ruokalajin ja vointinsa mukaan. Näin roskakoriin heitettävän biojätteen määrä vähenisi ja potilaat saisivat vaikuttaa enemmän ruokailuihin. Toisaalta tämä työllistäisi hoitajia enemmän verrattuna keskitettyyn järjestelmään ja veisi heiltä enemmän aikaa. Mikäli hajautettuun järjestelmään siirtyminen ei ole mahdollista, tulisi keskitetystä ruoanjakelusta tehdä mahdollisimman toimiva ja potilasystävällinen.

4. Viihtyvyyden ja käytännöllisyyden lisääminen. Viihtyvyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa yleinen värimaailma ja mahdollisuus vaihtelevuuteen. Viihtyvyyttä voisi lisätä yhteisillä ruokailutiloilla, värikkäillä tekstiileillä ja tauluilla. O'Reganin (2009: 23: 38) mukaan myös psykologiset tekijät, kuten yksinäisyyden tunne, vaikuttavat ruokailuun ja viihtyvyyteen. Viettämällä aikaa potilaiden kanssa ja avustamalla heitä ruokailussa hoitajat voivat samanaikaisesti lisätä potilaan kokemaa viihtyisyyttä.

Ruokailuasento ja käytännöllisyys vaikuttavat toisiinsa. Sängyssä syöminen koettiin hankalaksi, joten yhteisten, pöydän ääressä tapahtuvien ruokailukertojen lisääminen ja niiden mahdollistaminen lisääisivät käytännöllisyyden ja viihtyvyyden kokemusta ruokailutilanteissa. Sängyn viereen asetettava, tukeva selkänojallinen tuoli tarjoaisi potilaille paremman ruokailuasennon.

Lähteet

Aapro, Sari – Kupiainen, Harriet – Leander, Marketta 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY.

Bradley, Lindsey – Rees, Colin 2003. Reducing nutritional risk in hospital: the red tray. Nursing Standard 26.33-37

Ferguson, Maree – Capra, Sandra – Bauer, Judy – Banks, Merrilyn 2001. Development of a patient satisfaction survey with inpatient clinical nutrition services. Australian Journal of Nutrition and Dietetics 58.161

Haapa, Eliina – Pölönen, Auli 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Helsinki: Edita.

Haglund, Berit – Huupponen, Terttu – Ventola, Anna-Liisa – Hakala-Lahtinen, Pirjo 2009. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2006. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyytinen, Mila – Mustajoki, Pertti – Partanen, Raija – Sinisalo-Ojala Laura 2009. Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro

O'Regan Patricia 2009. Nutrition for patients in hospital. Nursing standard 23. 35-41.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006. Ravitseminen ja ruokavaliot. Vammalan Kirjapaino Oy.

Sarajärvi, Anneli –Tuomi, Jouni 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10.uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Schenker, Sarah 2003. Malnutrition in the UK. Nutrition Bulletin 28. 87-120.

Soini, Helena – Muurinen, Seija – Penttinen, Aira – Sandelin, Eeva – Suominen, Merja – Pitkänen, Kaisa 2010. Tukipalvelua vai ydinprosessi? Premissi 1. 30-31.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveystä ruoasta – suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Verkkodokumentti.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf> Luettu 20.8.2014

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito: Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Verkkodokumentti.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf> Luettu 9.9.2013

Xia, Chenfan – McCutcheon, Helen 2006. Mealtimes in hospital – who does and what? Journal of Clinical Nursing 15. 1221-1227.

Haastatteluiden teemat ja apukysymykset

Ikä:

TEEMA 1 Sairaalaruoan maku ja lämpötila

Apukysymykset:

- Millaiseksi koet ruoan maun?
- Millaiseksi koet ruoan mausteisuuden?
- Millaiseksi koet ruoan lämpötilan?
- Mikä on mielestäsi tärkeää sairaalaruoan maussa?

TEEMA 2 Ruokailuajat

Apukysymykset:

- Millaiseksi koet ruokailuiden välissä olevan ajan?
- Millaiseksi koet nesteytyksen riittävyyden?
- Millaiseksi koet ruokailukertojen määrän?
- Millaiseksi koet välipalojen riittävyyden?

TEEMA 3 Ympäristö

Apukysymykset:

- Millaiseksi koet ruokailuympäristön viihtyvyyden?
- Millaiseksi koet ruokailuympäristön käytännöllisyyden?
- Millaiseksi koet ruokailuasentosi?
- Millainen on mielestäsi ideaali ruokailuympäristö?

TEEMA 4 Annoskoko ja ulkonäkö

Apukysymykset:

- Millaiseksi koet annoskoot?
- Millaiseksi koet annoksen ulkonäön?
- Millaiseksi koet annoksen houkuttelevuuden?
- Millainen on mielestäsi ideaali annos?

TEEMA 5 Hoitajien rooli ruokailussa

Apukysymykset:

- Millaiseksi koet hoitajien roolin ruokailussa?
- Millaiseksi koet hoitajien asiantuntijuuden ruokailussa?
- Millaiseksi koet hoitajien asenteet ruokailussa?
- Millaiseksi koet hoitajien avustamisen ruokailussa?

Potilaan suostumuslomake**POTILAAN SUOSTUMUSLOMAKE**

Opinnäytetyö

**KIRURGISTEN POTILAIEN KOKEMUKSIA SAIRAALARUOKAILUSTA VUODE-
OSASTOLLA**

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyötä varten tehtävään haastatteluun edellä mainitusta teemasta. Ymmärrän haastatteluun osallistumisen olevan vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu missä tahansa vaiheessa. Antamani tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille henkilöille eikä antamani tiedot saa olla tunnistettavissa missään työskentelyn vaiheessa.

Suostun osallistumaan opinnäytetyötä varten tehtävään haastatteluun

_____._____._____.2014

Paikka

Pvm

Nimikirjoitus_____
Nimenselvennys

Saatekirje

Arvoisa potilaamme,

olette olleet hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS V2V). Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus: Kirurgisten potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta vuodeosastolla. Sen tarkoituksena on haastatella potilaita heidän kokemuksistaan sairaalaruokailusta kirurgisella vuodeosastolla. Tavoitteenamme on parantaa kirurgisten potilaiden sairaalaruokailua. Tutkimuksen suorittajana ovat terveydenhoitajaopiskelijat Jasmin Trogen ja Jenni Ripatti.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimuksessa haastattelemme kymmentä osaston V2V potilasta osaston osoittamissa tiloissa. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Haastatteluaineisto hävitetään opinnäytetyön tutkimusraportin valmistumisen jälkeen.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja voitte saada

Jasmin Trogen: jasmin.trogen@metropolia.fi

Jenni Ripatti: jenni.h.ripatti@metropolia.fi

Pauli Puolakkainen, tutkimuksen ja opetuksen ylläpitäjä

HYKS Operatiivinen tulossyksikkö

Yhteyshenkilö koululle on ThM, lehtori, opinnäytetyön ohjaaja Liisa Lukkari

liisa.lukkari@metropolia.fi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Tu- lokset	Rajoitukset	Valitut
Medic	ruokailu sairaala	17		Premissi 2010 vol 5 no 1 s. 31-31
Medic	pot* sairaal* ruo*	26	2001-2014 koko teksti asiasanojen syno- nyymit käytössä	0
Medic	pot* sairaal* ravi*	14	2001-2014 koko teksti asiasanojen syno- nyymit käytössä	0
Ovid Medline	patient nutrition hospital situation	10717	english 2008-2013 nursing journal →1	Nursing standard 2009 vol 23 no 23 s. 35-41
Ovid Medline	patient nutrition hospital	10282	relevancy: 3 or more past 5 years subject: nutrition → 50	0
CINAHL	patient (abstract) nutrition (abstract) hospital (abstract)	80	2001-2014 full text	0
CINAHL	patient (title) nutrition (abstract) hospital (abstract)	9	2001-2014 full text	Development of a patient satisfactory survey with inpatient clinical nutrition services
Arto	pot? (asiasana) sairaal? (asiasana) ruo? (asiasana)	0	2001-2014	0
Arto	pot? sairaal? ravi?	0	2001-2014	0
Terveysportti: lääkäreiden tietokanta, sairaanhoitajien tietokanta	sairaalaruo*	0		0
Ohtanen/THL	pot* sairaal* ruo*	1	2001-2014 Suomi, englanti	0
Ohtanen/THL	pot* sairaal* ravi*	4	2001-2014 Suomi, englanti	0

